

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PÉRINÉPHRITES SYPHILITIKES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Tugdual-Guillaume-Marie-Joseph LE HIR

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à RENNES (Ille-et-Vilaine), le 1^{er} janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PÉRINÉPHRITES SYPHILITIKES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et-soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Tugdual-Guillaume-Marie-Joseph LE HIR

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à RENNES (Ille-et-Vilaine), le 1^{er} janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales ..	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Potanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. .	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle

GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA SOEUR

A MES FRERES

A MON ONCLE RENÉ ANDRIEUX

*Médecin-Colonel des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur.*

Dont la carrière sera pour nous un exemple.

A MON COUSIN JOSEPH LE HIR

A MON ONCLE MARCEL ANDRIEUX

Directeur du Service d'hygiène d'Ille-et-Vilaine.

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERÉ

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Croix de guerre.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PÉRINÉPHRITES SYPHILITIQUES

INTRODUCTION

La syphilis rénale est bien connue depuis longtemps et il n'est plus un seul traité d'urologie qui n'y consacre un de ses chapitres. Mais jusqu'à présent on n'attachait d'importance qu'à la néphrite spécifique, et, sans la méconnaître complètement, on ne tenait guère compte de l'inflammation de la capsule cellulo-adipeuse rénale. Or, cette périnéphrite syphilitique est, dans quelques cas, la lésion prépondérante; c'est elle seule qui donne à la maladie sa symptomatologie; elle mérite d'être mieux connue, car si elle est très rare, par contre la difficulté de son diagnostic et surtout la simplicité de son traitement en font une affection intéressante au premier chef. Une fois diagnostiquée, on verra fondre en quelques jours une tumeur qui en imposait pour un néoplasme ou une affection chirurgicale du rein, évitant ainsi un malade une opération et les risques qu'elle comporte toujours, quelles qu'en soient la bénignité et l'habileté de l'opérateur.

M. le Professeur Duvergey a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et nous guider dans nos recherches. Qu'il reçoive, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse, l'expression de toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Nos connaissances sur les néphrites et périnéphrites syphilitiques sont de date relativement récente. Alors que les phlegmons périnéphrétiques sont connus depuis la plus haute antiquité, puisque déjà Hippocrate parle d'ulcères de la région lombaire, il faut attendre jusqu'à la fin du xix^e siècle pour que la syphilis périnéphrétique soit soupçonnée. C'est en 1892 que le Professeur Israël, dans une communication à la réunion libre des chirurgiens de Berlin, démontre qu'il y a lieu de tenir compte de la syphilis dans les affections chirurgicales du rein, qu'elle peut en effet déterminer des tumeurs inflammatoires non gommeuses, faciles à confondre avec des néoplasies organiques, ou des trajets fistuleux dans des reins gommeux sclérosés, passibles d'une intervention opératoire.

En janvier 1902, Rovsing, dans un intéressant travail sur les néphrites chroniques douloureuses, attire l'attention sur les adhérences entre le rein et sa capsule sclérosée : il attribue les douleurs ressenties par les malades à cette périnéphrite, alors qu'avant lui on étiquetait ces affections néphralgies, symptomatiques ou idiopathiques, termes vagues ne répondant à rien de précis.

En 1906, Ertzbischoff, dans sa thèse très documentée, déclare qu'il y a des néphrites qui ne se manifestent que par des névralgies. Il fait jouer un rôle important à la capsule rénale et à son inflammation dans les phénomènes douloureux de ces affections, mais ne mentionne pas la syphilis dans leur étiologie.

James Tyson publie quatre observations de malades qui avaient été opérés pour lithiase rénale et qui n'avaient que de

la périnéphrite fibreuse. Il conclut que cette dernière peut provoquer des douleurs qui font croire tout à fait à l'existence de calculs rénaux.

En 1909, Gouget, dans une leçon sur la syphilis rénale, publie plusieurs cas de ce qu'il appelle des « formes pseudo-chirurgicales » de la syphilis rénale. Il insiste sur la difficulté du diagnostic, qui n'a jamais été confirmé qu'après opération, et les résultats excellents du traitement spécifique qui amène la guérison en quelques jours.

En 1911, le Docteur Marogna, de Milan, sous le titre de *Périnéphrite chronique syphilitique à symptomatologie calculieuse* expose longuement l'observation très documentée dont nous devons la traduction à l'obligeance de notre ami, le Docteur d'Anella. Marogna fait bien ressortir le véritable problème que constitue le diagnostic de cette rare affection; mais il existe, à notre avis, une grave lacune dans son observation; la nature spécifique de l'affection reconnue, il ne mentionne pas si un traitement antisiphilitique fut prescrit. Il semble, à lire cette relation, que l'intervention suffit à guérir le patient. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur cette observation.

Enfin, en 1928, le Professeur Duvergey, dans une communication au XXVIII^e Congrès français d'urologie, cite l'observation qui fera le fond de notre travail et met en relief les résultats particulièrement brillants du traitement médical de l'affection.

La discussion de cette observation nous permet de noter que le Professeur Dieulafoy aurait eu l'occasion d'examiner un cas de cette maladie, ainsi que le Professeur Rochet, de Lyon. Comme on le voit, les observations typiques sont rares; pressés par le temps, nous n'avons pu en publier que quelques-unes, et nous demandons une grande indulgence pour ce travail trop imparfait.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Plusieurs auteurs, en Allemagne notamment, ont voulu établir une distinction entre la périnéphrite et la paranéphrite.

Cette distinction est basée uniquement sur des considérations anatomiques. En effet, la loge rénale se trouve divisée en deux parties par un épaissement du tissu cellulaire sous-péritonéal ou *fascia propria* qui, à ce niveau, se condense en une lame fibreuse : le fascia rénal. Cette lame, au niveau du bord externe du rein, se divise en deux feuillets : l'un antérieur, contigu au péritoine, va se prolonger avec son homologue du côté opposé ; le postérieur ou fascia de Zuckerkandl va s'insérer sur la partie médiane de la colonne vertébrale, en avant des insertions du psoas. Entre ces deux feuillets se trouve la loge périrénale contenant la capsule propre du rein et la capsule adipeuse ; entre le fascia de Zuckerkandl, le carré des lombes et le psoas se trouve la région pararénale, comblée par du tissu adipeux. Cette distinction est trop artificielle cliniquement, ainsi que le fait remarquer Albarran. Seules, les inflammations bénignes, consécutives le plus souvent à une néphrite, se limitent à la capsule propre du rein. Dans toutes les affections chroniques, l'inflammation atteint en masse les régions péri et pararénales, soudant en seul bloc tout le tissu cellulo-adipeux environnant. Aussi, avec les maîtres modernes, nous n'établirons pas de distinction trop subtile et, nous rangeant à la définition du Professeur Rochet, nous entendons par « périnéphrite » « l'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein, y compris la capsule propre ».

A l'état normal, les relations entre le rein et sa capsule

sont très étroites. Elles sont conjonctives, vasculaires, lymphatiques et nerveuses.

La capsule fibreuse envoie des petits tractus cellulo-conjonctifs à l'intérieur du parenchyme rénal d'une part, et d'autre part elle se continue au niveau du hile avec les vaisseaux pour se confondre avec le tissu conjonctif de l'organe.

La vascularisation de la capsule provient de l'artère rénale et des artères capsulo-adipeuses : l'artère rénale, après s'être divisée à l'intérieur du parenchyme, distribue de fins rameaux à la capsule propre et de là à la capsule adipeuse.

Les artères capsulo-adipeuses ont été étudiées par Haller, Hyrtl et par Schmerber, qui les a divisées en sept groupes : rénal, mésentérique, spermatique, capsulaire, lombaire, aortique, diaphragmatique inférieur.

Les réseaux veineux capsulo-adipeux sont eux aussi parfaitement connus depuis les études de Tuffier et Lejars. La capsule graisseuse est parcourue par de nombreuses veines qui viennent former une longue arcade sur le bord convexe du rein. Ce réseau capsulaire communique avec le réseau veineux intrarénal par deux ordres de vaisseaux :

1° Des vaisseaux centripètes qui, de la capsule graisseuse, se déversent dans les étoiles de Verheyen.

2° Des vaisseaux centrifuges qui, partant des couches superficielles de la substance corticale, se déversent dans les veines de la capsule graisseuse.

Ce réseau veineux capsulo-adipeux communique encore largement avec les réseaux veineux avoisinants.

La capsule rénale serait pourvue d'un réseau de lymphatiques encore mal connu.

L'innervation de la capsule, bien qu'elle ait fait l'objet de travaux récents, n'est pas connue de façon précise. Pour Rovsing, elle serait innervée par les nerfs lombaires et dorsaux.

Quoi qu'il en soit, le rein et sa capsule ont des relations intimes; nous ne pouvons mieux conclure qu'en répétant avec Quattro-Chiocchi : « En résumé, se passe dans le rein ce qui se

passé dans les autres organes qui sont enveloppés par un tissu fibreux comme le foie, la rate, les poumons et le cœur, dans lesquels la capsule se ressent d'une lésion parenchymateuse du voisinage et réciproquement. Dans les reins, les lésions parenchymateuses et capsulaires sont contemporaines. Les néphrites et les capsulites sont des lésions en intime rapport les unes avec les autres, c'est-à-dire complémentaires. »

ANATOMO-PATHOLOGIE

Macroscopiquement, la périnéphrite syphilitique est caractérisée par une dégénérescence scléro-lipomateuse de la capsule propre et de la capsule graisseuse, fondues en une masse dense, fibreuse, sur l'aspect de laquelle tous les auteurs sont d'accord : elle ressemble à une couenne de lard.

Dans quelles proportions se combinent la sclérose et la lipomatose ? Il nous est impossible de le préciser, l'examen histologique n'ayant jamais été publié par aucun auteur.

Par sa rareté, cette affection est appelée à être méconnue dans la plupart des cas. Nous croyons que dans un certain nombre d'observations étiquetées périnéphrites douloureuses, un examen attentif des antécédents du malade, la pratique systématique de la réaction de Bordet-Wassermann, auraient jeté un peu de lumière sur l'étiologie encore si obscure de ces affections.

ÉTIOLOGIE

La périnéphrite syphilitique est une manifestation du tertiariisme.

La syphilis secondaire, lorsqu'elle frappe le rein, y détermine une néphrite parenchymateuse intense, mais dans aucun cas elle n'atteint la capsule.

Ce n'est qu'à la période des gommès, des scléroses viscérales, qu'elle se localise sur la capsule cellulo-adipeuse.

Dans les cas où l'on a pu déterminer la date de la contamination, on voit qu'elle remonte à plusieurs années, une vingtaine dans les observations II et IV; dans la première, la malade avait déjà fait trois fausses couches.

L'hérédosyphilis, si elle peut donner des néphrites, n'aurait touché la capsule dans aucun cas.

SYMPTOMATOLOGIE

Le plexus rénal, a dit Legueu, manifeste ses irritations, quelle qu'en soit la cause, sous une forme toujours identique et le syndrome de la colique néphrétique se retrouve dans tous les cas avec des caractères à peu près semblables.

Douleur et tuméfaction dans la loge rénale, absence de signes urinaires, voilà les trois symptômes cardinaux de la périnéphrite syphilitique.

LA TUMEUR. — Elle revêt des caractères assez variables; tantôt elle est importante et c'est le malade qui s'en aperçoit le premier, tantôt elle est peu marquée et c'est le médecin qui la décèle par la palpation. Elle a une consistance dure, résistante, et peut s'accompagner d'œdème dû à une infiltration des masses musculaires voisines. Dans un cas (Obs. IV), on a même noté de la rougeur de la paroi.

Cette tumeur, de consistance régulière, donne la sensation de ballotement, elle est complètement fixée et n'est pas influencée par les mouvements respiratoires.

Elle est sensible à la palpation qui réveille la douleur.

LA DOULEUR. — C'est un symptôme constant, mais essentiellement variable dans ses manifestations.

Son début peut être insidieux; c'est d'abord une sensation de pesanteur qui se transforme en douleur sourde, gravative; mais il faut savoir qu'elle peut débiter brutalement, brusquement, exactement comme la douleur de la colique néphrétique.

Elle procède par crises d'intensité variable, avec des rémissions assez prolongées.

Elle se manifeste sous forme de sensation de pesanteur ou sous forme d'élancements, de tiraillements, de brûlures.

Elle est toujours localisée du côté atteint.

Elle peut avoir des irradiations inattendues, comme dans le cas rapporté par Marogna, où elle se propageait le long de l'uretère jusqu'à la vessie et au bout de la verge.

URINES. — Ici nous devons distinguer deux cas : lorsque la périnéphrite est la seule lésion, l'analyse des urines ne donne absolument aucun résultat; c'est celle d'une urine absolument normale. Si, par contre, la périnéphrite s'accompagne de néphrite spécifique, on pourra observer des traces d'albumine, des cylindres hyalins, des cellules de l'épithélium rénal, mais jamais d'hématurie.

Le volume reste dans les limites physiologiques : la densité est normale, ainsi que la coloration; la quantité d'urée n'est pas augmentée.

La radiographie ne montre qu'une masse sombre, sans limites précises, opaque.

Les autres épreuves, élimination du bleu de méthylène, du carmin indigo, de la phénol-sulfo-phtaléine, ne donnent aucun résultat digne d'être noté.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est impossible dans la plupart des cas.

Pour l'établir, il faut procéder par éliminations successives et rarement le clinicien pourra l'affirmer sans une lombotomie exploratrice.

Le diagnostic de la périnéphrite est à lui seul rempli de difficultés : rien ne caractérise cette affection. La douleur, variable, fait penser à la colique néphrétique. L'analyse des urines, lorsqu'elle n'est pas absolument négative, montre bien des lésions de néphrite, mais nous n'ignorons pas que la tuberculose, la lithiase, le cancer, s'accompagnent constamment de lésions néphrétiques. Albarran, dans onze cas de reins atteints d'épithélioma, a toujours trouvé des portions de parenchyme atteint de lésions graves et étendues de néphrite.

L'interprétation de cette douleur ne peut que contribuer à égarer le diagnostic, surtout lorsqu'elle présente des irradiations anormales, simulant celles des la colique néphrétique. Accompagnée de fièvre, elle peut très bien imposer pour une affection aiguë, cholécystite, phlegmon périnéphritique, ou même une appendicite. Dans le cas rapporté par Israël (Obs. IV), le médecin avait porté le diagnostic d'abcès de la rate.

Le diagnostic de la spécificité ne sera pas trop difficile s'il existe des lésions syphilitiques contemporaines, comme un iritis, des cicatrices radiées, de l'exostose osseuse, ou de l'adénopathie. Autrement, l'attention ne sera attirée vers la notion de spécificité que par un interrogatoire très serré du malade.

Dans tous les cas la réaction de Bordet-Wassermann devrait être faite.

Les commémoratifs peuvent attirer l'attention vers la tuberculose, mais, outre que la cystoscopie montre une vessie parfaitement saine, l'inoculation au cobaye, qui devra être pratiquée systématiquement, restera négative. La cuti-réaction, elle aussi, servira à écarter cette affection. Enfin, l'exploration fonctionnelle du rein par le cathétérisme montrera l'intégrité de la glande. Ce n'est pas lorsque la tuberculose donne lieu à des urines purulentes que l'on est embarrassé, c'est au début, alors que rien ne permet d'affirmer la nature de la lésion. En effet, la tuberculose hémotogène, par ses poussées congestives, donne lieu à des douleurs lombaires, bien connues actuellement. Loumeau en a publié un cas très typique : il s'agit d'une femme de 36 ans atteinte de bacillose rénale primitive et où l'élément douleur existait seul. Elle avait des crises paroxystiques spontanées, d'une acuité très grande, qui l'immobilisait complètement : ces crises, qui étaient séparées, par des périodes d'euphorie complète ressemblant à la guérison, remontaient à plusieurs années et augmentaient de durée comme d'intensité. Elles avaient donc tout à fait l'allure des crises douloureuses de la périnéphrite. Il explique ces douleurs par des poussées congestives développées autour des nodules tuberculeux et de la sclérose défensive par laquelle l'organe luttait contre le bacille de Koch.

La diathèse urique ne donne pas lieu uniquement à de la lithiase rénale. Illyes, de Budapest, a montré qu'au cours de cette affection les cristaux d'acide urique éliminés au niveau de la capsule propre peuvent déterminer un processus inflammatoire (périnéphrite fibreuse) qui se traduit par l'apparition de douleurs rénales violentes, parfois même d'hématuries, nécessitant l'extirpation de la capsule épaissie cicatricielle.

Mais cette manifestation de la lithiase est très exceptionnelle et, le plus souvent, on hésitera entre un calcul et la périnéphrite. La radiographie, bien que son emploi soit de première importance, peut conduire à des erreurs : certains calculs peuvent se laisser traverser par les rayons : cela est bien connu pour les calculs uriques, mais peut arriver aussi pour les

pierres phosphatiques ou oxaliques. D'ailleurs, le plus souvent, la radio ne donnera qu'une zone opaque dans laquelle l'ombre produite par un calcul passerait inaperçue. Le cas rapporté par Edebohl nous montre bien qu'il ne faut pas attacher une importance trop grande à ce mode d'investigation : il s'agit d'une malade de 44 ans qui souffrait de douleurs lombaires depuis l'âge de 30 ans et fut prise, il y a quatre ans, de crises douloureuses qui durèrent plusieurs mois; or, la radio montra l'existence de trois calculs dans l'uretère gauche. A l'opération on s'aperçut qu'il ne s'agissait pas de calculs, mais de périnéphrite scléreuse.

Loumeau a essayé d'établir un diagnostic différentiel entre la tuberculose, la lithiase et la néphrite douloureuse, en se basant sur la recherche de la tension artérielle. L'hypotension, d'après lui, accompagnerait la tuberculose, l'hypertension serait l'apanage de la néphrite et de la lithiase. Cette distinction n'aurait pas grande valeur dans l'affection qui nous intéresse.

TRAITEMENT

Nous serons très bref sur ce sujet, car le rein n'étant pas touché, il n'y a pas lieu, comme dans les néphrites, de mettre le malade à un régime spécial.

L'iodure, associé au mercure, sera la base du traitement.

L'iodure de potassium se prescrira à la dose quotidienne de 3 à 4 grammes, sous forme de sirop de Gibert, par exemple.

On n'emploie plus guère les frictions mercurielles, depuis l'emploi des sels rapidement absorbables. Le bi-iodure, le cyanuré de mercure, seront prescrits avec avantage.

Mais, dans tous les cas, il conviendra de surveiller attentivement le fonctionnement de la glande rénale par des analyses fréquentes des urines.

L'intervention chirurgicale, néphrolyse ou réno-décortication, est inutile et à rejeter complètement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(DUVERGEY.)

Mme X..., (Marie), âgée de 45 ans, m'est envoyée le 31 mai 1928 pour une tuméfaction considérable qui siège dans la région lombaire droite, qui est devenue douloureuse depuis plusieurs semaines et qui a fait son apparition en décembre 1927. Le diagnostic porté par plusieurs médecins consultés est celui de tumeur maligne du rein. Cette femme a toujours joui d'une parfaite santé; elle n'a jamais été malade; s'est mariée à 18 ans; a eu d'abord deux enfants en bonne santé, puis trois fausses couches variant de deux à quatre mois sans aucune raison. Jusqu'en décembre 1927, rien à signaler.

A cette époque, elle a ressenti une certaine pesanteur à la région lombaire droite. En janvier 1928, elle a consulté son médecin qui a noté la présence d'une tuméfaction dans le flanc droit. L'urine fut soumise à une analyse qui la révéla normale.

Les mois suivants, la tumeur lombaire augmenta de volume et détermina à plusieurs reprises quelques crises douloureuses avec sensation constante de pesanteur. Les douleurs ressenties restaient localisées au niveau de la région lombaire droite.

A diverses reprises, quelques poussées de fièvre non constatée au thermomètre. Aucune modification du côté de l'urine, du côté des mictions. Jamais d'hématuries.

C'est dans ces conditions que je suis appelé à examiner cette femme qui a très légèrement maigri, pâli et perdu ses forces. Toutes les fonctions se passent normalement. Les règles n'ont pas été modifiées. A l'examen, femme dont les apparences sont celles de la santé.

Je constate, au niveau de la région lombaire et du flanc droit, l'existence d'une tuméfaction qui soulève la paroi. A la palpation, tuméfaction de consistance dure, de configuration uniforme, se perdant sous le rebord des fausses côtes et descendant à deux travers de doigts au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle donne l'impression d'être superficielle tout en s'engageant profondément. Elle n'est douée d'aucune mobilité, paraît complètement fixée. Elle est sonore en avant, un peu sensible à la pression. La sensation du contact lombaire et celle du ballottement existent. Rien par ailleurs.

L'examen gynécologique est négatif.

L'urine est claire, limpide, sans dépôt; l'examen cyto-bactériologique comme l'analyse chimique sont ceux d'une urine normale

Constante d'Ambar, 0,07;

Azotémie, 0,25;

Phénol-sulfo-phtaleine, 60 p. 100.

La cystoscopie montre une vessie parfaitement saine avec des éjaculations urétrales normales. L'épreuve du carmin indigo montre un léger retard d'élimination du colorant à droite.

La radiographie montre une masse très volumineuse, opaque, assez régulière siégeant dans la région lombaire droite au-dessous du diaphragme et descendant dans le voisinage de la crête iliaque.

Le jour suivant, un peu de température vespérale : 37° 8. Sans repousser entièrement l'idée d'un néoplasme rénal à forme anormale, je pense à la possibilité d'une suppuration périnéphrétique et je pratique pendant trois jours consécutifs plusieurs ponctions exploratrices dans divers points de la tuméfaction. Ces ponctions ne ramènent absolument rien.

Mon diagnostic est très hésitant entre un néoplasme rénal et une périnéphrite.

Je me décide à pratiquer une lombotomie exploratrice droite, le 6 juin, avec l'assistance de mon chef de clinique, le docteur Ramaroni et de mon interne, le Docteur Giraud. Incision lombaire classique. Sitôt l'aponévrose incisée, nous sommes frappés par l'existence d'une infiltration fibreuse dense et d'un œdème qui ont

envahi toute la paroi musculaire lombaire et qui deviennent plus importants dans les profondeurs.

Dans la région lombaire profonde, on se trouve dans une masse lardacée très dense, épaisse, où il est impossible de se guider. Pas de zone décollable. Je reste un quart d'heure à chercher une voie. Je remarque en haut une sorte de membrane épaisse flottante au-dessous de laquelle existe du vide. Je me demande si ce n'est pas le péritoine épaissi ou le gros intestin. Je me décide à pratiquer, à ce niveau, une boutonnière. La paroi est très épaisse, 2 millimètres environ, au-dessous une cavité dans laquelle je reconnais le rein rouge vineux, un peu lobulé, un peu diminué de volume. Je l'explore et ne trouve rien. Ce rein droit est décollé entièrement de sa capsule, très épaissie et beaucoup trop importante pour lui.

L'exploration bimanuelle me permet de me rendre compte que cette masse tumorale est développée tout autour de la capsule rénale, surtout en arrière, mais aussi en avant, en haut et en bas.

Drainage. Suture.

Suites opératoires normales. L'urine est légèrement teintée de sang les trois premiers jours, puis redevient claire.

C'est alors que le sixième jour après l'opération, je pratique une réaction de Bordet-Wassermann qui est franchement positive. Dans ces conditions, la malade est soumise au traitement spécifique (iodure de potassium, 3 à 4 grammes par jour: injections intramusculaires de biiodure de mercure).

Huit jours après le début du traitement, la masse lombaire se réduit, et, le 5 juillet 1928, au moment du départ de l'opérée, la tumeur est complètement fondue. Il n'y a jamais eu de température. Les douleurs lombaires ont disparu. La malade se sent guérie. La guérison définitive s'est confirmée.

OBSERVATION II.

(MAROGNA.)

Histoire clinique. -- B..., (Alfredo), âgé de 42 ans, de Livourne, marié, entre à notre clinique le 17 mai 1911.

Mère morte d'une maladie que l'intéressé ne sait préciser. Père vivant et souffrant de douleurs thoraciques dont la nature n'a pas pu être précisée. Deux frères et une sœur vivants, bien portants. Sa femme a eu un avortement au deuxième mois de sa grossesse et est actuellement en bonne santé. Etant enfant, il a eu la variole et une tumeur dans la région du cou, de nature non déterminée, a eu aussi la rougeole. A 21 ans, a eu un eczéma pustuleux pendant son service militaire et une orchite unilatérale. A 22 ans, a contracté la syphilis dont il s'est soigné de façon suivie. Quatre ans après a eu un autre eczéma à la jambe. Boit et fume modérément. La maladie actuelle date d'avril dernier, elle a débuté d'une façon inattendue pendant un repas. Il eut un accès de coliques douloureuses dans la région lombaire droite, douleur aiguë et déchirante, qui s'irradiait le long de l'uretère à la vessie et jusqu'au bout de la verge. Il se mit aussitôt au lit et fut soigné par des cataplasmes chauds et des sinapismes, de telle façon qu'il put se lever quelques heures après. Mais il s'aperçut qu'il ne marchait pas bien à cause d'une douleur sourde qui se produisait dans la même région avec moins d'intensité, mais qui le gênait beaucoup, la douleur de la région lombaire augmentait quand il travaillait; elle avait toujours le même caractère douloureux avec irradiations jusqu'au bout de la verge.

Une fois il nota que la région lombo-abdominale était augmentée de volume; il fit des applications d'onguent et tout disparut après quelques jours de repos au lit. Avant d'entrer dans notre clinique, il eut trois crises douloureuses, intenses, comme la première et avec le même caractère. Il ne vit jamais ses urines troubles, ni hématuries, ni autres phénomènes anormaux.

Ne trouvant aucune amélioration dans les soins qui lui furent donnés, il entra à notre clinique.

Etat actuel. — Individu de constitution normale, pannicule adipeux et masses musculaires minimes; téguments pâles.

Rien de spécial à l'appareil respiratoire. A l'appareil circulatoire cœur de dimensions normales; le premier bruit aortique a un timbre métallique.

Foie débordant de trois travers de doigt l'arcade costale, pas

douloureux à la palpation; on ne palpe pas la vésicule. L'estomac et la rate un peu augmentés de volume. Rien à l'intestin.

Rein droit palpable, douloureux, ballotant, augmenté dans toute sa masse. Points réno-urétéraux indolores. Le rein gauche est un peu augmenté de volume, mais non douloureux.

Plusieurs jours après son entrée à la clinique, on pratique une cystoscopie. La capacité vésicale est supérieure à 250 centicubes. L'introduction de l'instrument est facile.

La muqueuse vésicale est pâle, parsemée de colonnes faisant saillie dans toutes les zones, mais on ne remarque aucune autre chose digne d'être notée. Pas de présence de calculs.

Les deux méats urétéraux sont petits, normaux, s'ouvrent rythmiquement.

On pratique l'examen chimique de l'urine globale qui donne :

Quantité : 2.800 centicubes;

Coloration : jaune claire, limpide;

Densité : 1.012;

Albumine : traces;

Sucre : Absent;

Chlorures : normaux;

Phosphates : normaux;

Indican : absent;

Pigments biliaires : traces;

Urée : 14 p. 100.

L'examen microscopique est négatif pour les éléments du rein, du bassinets, de l'uretère, de la vessie. Négatif pour le bacille de Koch.

Cuti-réaction négative.

Après quelques jours, on pratique le cathétérisme des uretères que est facile. La sonde n° 7 entre dans l'uretère du rein augmenté de volume jusqu'au bassinets; pour prélever l'autre urine, on met une sonde de Nelaton dans la vessie.

La quantité prélevée avec la sonde urétérale dans les deux heures qui suivent est double de celle de l'autre côté; la quantité d'urée est moindre; on ne note pas d'autres différence et il y a absence d'éléments histologiques quelconques.

L'élimination du bleu de méthylène est normale.

Durant son séjour dans notre service, ce malade eut une autre colique intense, mais avec des caractères différents de ceux décrits par le malade. Cette attaque partait du siège de la vésicule et s'irradiait dans la région lombo-abdominale jusqu'à la verge et vers la cuisse. La douleur était lancinante et le malade en proie à cette crise ne pouvait dire à proprement parler quel était le point initial. Il se plaignait surtout de l'abdomen. Durant l'accès, crises de sueurs profuses sans que l'on note que le foie et le rein augmentent de volume : pas de douleur à leur palpation.

En présence de ces symptômes et devant l'absence de signes urinaires, en tenant compte de la vieille infection syphilitique, on ne pouvait décider si les douleurs étaient dues à des calculs rénaux ou hépatiques, ou à des coliques de périnéphrite ou de périhépatite.

Le professeur Tusini, après de vives prières du patient, intervient par une laparotomie exploratrice paramédiane droite. Il trouva le foie gros, congestionné, débordant de quatre travers de doigts. environ l'arcade costale. Rien de spécial à la vésicule de dimension et de coloration normales, elle ne renferme pas de calculs palpables.

Le rein droit était très augmenté de volume, enveloppé dans une gangue de tissu fibro-lipomateux, très dur dans toutes ses parties et formant une masse unique avec le rein. Il sépare ces tissus scléreux du rein, qui apparut augmenté de volume et de couleur rouge vineux. Cette séparation de la gangue scléro-lipomateuse fut faite jusqu'au hile qu'elle atteignait. L'opération fut laborieuse et après hémostase on referma l'abdomen.

Les suites opératoires furent normales, le malade n'eut pas d'autres coliques et déclara ne plus ressentir ce poids dans la région lombaire.

Revu longtemps après en excellente santé.

OBSERVATION III.

(ISRAËL.)

En octobre 1888, je fus appelé en consultation par M. le Docteur Lissa près d'une femme de 23 ans, atteinte de tumeur rénale droite.

Pendant les quatre premières années de son mariage, elle avait eu trois enfants nés à terme dont les deux aînés moururent l'un à l'âge de 1 an, l'autre de 23 jours. En mars 1888, elle présenta un iritis double traité par des frictions mercurielles; accouchée en juin d'un enfant sain, elle jouit d'une bonne santé jusqu'à il y a quatre semaines avant ma visite. Dès lors apparurent des mictions fréquentes, une augmentation de la soif, des crampes stomacales avec rachialgie continuelle. Quatorze jours plus tard, survinrent des points de côté droit, sans toux, s'accroissant pendant les respirations profondes. L'urine aurait toujours présenté un aspect normal. Dès le début des symptômes, le médecin traitant ainsi que la malade remarquèrent une tumeur dans l'hypocondre droit. L'attention était également attirée par un amaigrissement rapide. Je trouvai le rein droit manifestement augmenté au palper, de consistance très dure, de surface inégale, insensible à la pression; à l'exploration bi-manuelle, je constatai qu'il s'étendait de la 2^e côte à l'S iliaque. Il présentait la forme d'un ovoïde placé presque transversalement, allant en avant jusqu'à 2 centimètres de l'ombilic; son bord supérieur atteignait le rebord costal sur la ligne mammaire, son bord inférieur descendait à 5 cm. 1/2 de l'épine iliaque. Il était complètement fixé, ne participant pas aux mouvements de la respiration; l'urine augmentée de quantité (2.000-2.800 cc.) était claire et de faible densité (1.007-1.008); de l'urine quelque peu sédimenteuse recueillie avec une sonde présentait des corpuscules purulents, des cellules épithéliales pavimenteuses de l'épithélium rénal et des cylindres hyalins. Traces d'albumine, 1/4 p. 1.000. L'urine recueillie après l'expression bimanuelle du rein était plus trouble et contenait les éléments décrits précédemment en plus grande quantité. Cette manœuvre amenait une légère diminution de volume de la tumeur qui parfois conservait l'impression des doigts. Après une période d'observation de trois semaines, la tumeur diminua quelque peu et devint mobile avec les mouvements respiratoires.

Ces différents symptômes se rapportaient peu à ceux que nous connaissons des tumeurs du rein.

En faveur d'une néoplasie maligne, dès l'abord, paraissait plaidar l'augmentation de volume, la dureté de l'organe et l'amaigris-

sement. Cependant, la présence dans l'urine d'épithélium du bassin et de globules de pus faisait hésiter, bien que ces éléments soient observés dans les tumeurs malignes; ce diagnostic était encore contre-indiqué par la fréquence des mictions, la soif, l'augmentation de l'urine et sa faible densité, les traces d'albumine et la constatation de cylindres hyalins, symptômes plutôt en rapport avec une sclérose rénale. La diminution de l'organe à un moment donné militait également contre le néoplasme, à moins d'admettre une tumeur comprimant le bassin. On devait également éliminer la pyonéphrose qui aurait pu expliquer le trouble de l'urine et la diminution de l'organe, par expression bi-manuelle, car l'urine était louche plus par la présence des cellules épithéliales que par les globules de pus; de plus, les dépressions que laissaient les doigts à la surface de la tumeur correspondaient à un œdème interstitiel qu'on n'observe pas dans les tumeurs par rétention. La composition de l'urine pouvait faire croire à une dégénérescence kystique. Cette hypothèse était peu vraisemblable, car il s'agit d'une affection rare, généralement bilatérale. Il me fallait songer à la syphilis. J'ordonnai donc l'iodure de potassium. Du 8 novembre au 18 janvier de l'année suivante, la malade augmenta de 10 livres 1/2. La tumeur était diminuée d'une façon appréciable et participait aux mouvements de la respiration. Cette amélioration obtenue par le traitement ioduré me fit pencher davantage vers l'idée d'une affection rénale syphilitique, lorsqu'il survint une particularité propre à me faire encore hésiter. Ce fut l'apparition subite, dans l'urine retirée par la sonde, de fines particules blanchâtres formant comme un dépôt de poussières au fond d'un verre. Ce précipité examiné à faible grossissement était formé par des masses composées d'éléments épithéliaux de forme sphérique ou ovale, mesurant 20 à 32 micromillimètres de diamètre. Leur partie centrale transparente était entourée d'un cercle étroit plus sombre. Des cellules épithéliales pavimenteuses en couche stratifiée formaient la zone réfringente alors que les éléments conjonctifs grêles, allongés, semi-lunaires, disposés en couche concentrique, bordaient la périphérie. Souvent nombre de ces productions avaient perdu leur disque cellulaire central qui n'était plus représenté que par l'anneau sphérique. Il n'était pas rare de les voir groupés par trois ou quatre.

La présence de ces masses épithéliales dans l'urine resta constante. Elles ne laissèrent point de piquer ma curiosité, car je n'avais jamais, et d'autres comme moi, constaté quelque chose de semblable. Au bout de trois mois d'observation, je me décidais à faire une incision exploratrice pour m'éclairer sur la nature de ce processus. J'intervins le 22 janvier 1889. Je tombai tout d'abord sur la capsule fortement épaissie, œdémateuse, solidement adhérente au rein. Après avoir libéré le rein, je constatai que son tiers supérieur avait un volume normal, une surface et une consistance régulières. Par contre, la partie inférieure était hypertrophiée, élargie, dure et couverte de saillies marquées. L'examen de l'organe enlevé montra, à ma grande déception, qu'il s'était agi d'une néphrite interstitielle avec péri et paranéphrite hyperplastiques, lésions qui s'étaient ajoutées de façon à imposer pour une tumeur. La capsule adipeuse était infiltrée à tel point qu'en l'incisant je pensai à une infiltration d'urine. La capsule propre du rein dans la partie inférieure de l'organe était transformée en une couenne offrant par places des nodosités saillantes. Ce sont ces dernières, rapportées par le palper au parenchyme rénal, qui me poussèrent à pratiquer l'extirpation. Le rein, après l'énucléation de sa capsule, n'était pas augmenté de longueur. Sa moitié inférieure, élargie, épaissie, dure de consistance, offrait des dépressions jaunâtres. Sa coupe, d'aspect blanchâtre, œdémateuse, présentait au niveau des colonnes de Bertin une striation jaunâtre, due à une prolifération intense du tissu conjonctif interstitiel avec dégénérescence marquée.

L'appareil sécréteur était également stéatosé et l'épithélium rénal dégénéré. Aucune des altérations ne rendait compte des éléments bizarres trouvés dans l'urine.

La malade guérit par première intention de sa plaie opératoire; elle augmenta de 36 livres et mit au monde, un an après son opération, un enfant bien portant. L'urine contient encore maintenant des traces d'albumine, malgré l'usage d'iodure de potassium, et les masses épithéliales décrites. Le rein gauche n'est pas augmenté. Nul doute qu'il s'est agi d'une néphrite syphilitique; les lésions en sont caractéristiques. Ce qui est sans exemple à ma connaissance c'est l'unitéralité de l'affection.

OBSERVATION IV.

(ISRAËL.)

Les deux frères du malade, lequel est âgé de 39 ans, sont morts de tuberculose pulmonaire. Dans sa jeunesse, il contracta la syphilis et suivit un traitement mercuriel. Pendant un voyage en Orient, il fut atteint de malaria. En mai 1889, il commença à ressentir des douleurs spontanées continues au niveau de la partie inférieure de la paroi thoracique gauche. Le médecin traitant porta le diagnostic de tumeur de la rate. En octobre 1889, le caractère des douleurs se modifia : il s'agissait de sensations de brûlures intenses revenant par accès de 10 à 17 fois par jour et durant de deux à trois minutes.

Dans la région axillaire, au niveau de la 10^e côte, survint alors de la rougeur faisant penser à un abcès splénique : l'incision n'évacua que des grumeaux de substance blanchâtre puriforme. Il subsista une fistule. Les douleurs amoindries ne disparurent pas complètement.

Le 3 octobre 1890, le malade se présenta à moi. Je constatai la fistule, qui pénétrait entre les 10^e et 12^e côtes jusqu'à un centimètre de profondeur. Sous le rebord des côtes, on sentait nettement le bord inférieur de la rate. Au-dessous de celle-ci, au niveau du rein, je sentis un empâtement diffus, résistant. L'urine était trouble, contenait du pus et par suite de l'albumine; il n'y avait point de bacille tuberculeux. D'après ces données je conclus à une affection rénale ou plutôt à une paranéphrite avec destruction rénale probable, par suppuration. Les commémoratifs me firent penser à la tuberculose. Je résolus d'intervenir par la néphrectomie. Mon diagnostic se vérifia quant aux lésions anatomiques. Au point de vue étiologique, il s'agissait d'une syphilis rénale. Le rein atrophié était complètement envahi de productions gommeuses, étouffé dans une capsule adipeuse épaissie, transformée en une véritable couenne. Le malade guérit par première intention et jouit d'une santé parfaite. L'examen macroscopique et microscopique montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence gommeuse complète syphilitique et non

tuberculeuse du rein. Ce cas présente un intérêt à la fois clinique, anatomique et thérapeutique : une dégénérescence aussi avancée est un fait rare et ne présente jamais le tableau clinique que j'ai exposé; de plus, jusqu'ici, aucune intervention chirurgicale n'a été dirigée contre une telle affection.

OBSERVATION V.

(MARGOULIÈS.)

Il s'agit d'une femme de 26 ans chez qui les antécédents rendent la syphilis très probable. On trouve dans la moitié gauche de l'abdomen, au niveau de la région rénale, une tumeur bosselée, peu mobile, très sensible à la pression. Il y a un peu de fièvre. L'urine contient des cylindres et un gramme d'albumine par litre. Le cathétérisme des uretères montre que le rein gauche est spécialement atteint, mais fonctionne normalement. Vu les antécédents, la présence de nombreuses cicatrices radiées et d'adénopathies multiples, on essaie le traitement spécifique. Après quelques frictions jointes à l'emploi de l'iodure de potassium, une légère amélioration se produit, bientôt suivie d'une aggravation. La température dépasse 40 degrés. On pense à un sarcome ou à un abcès et l'on opère.

L'incision de la capsule laisse écouler une cuillerée de liquide épais et montre un rein parsemé de bosselures. On renonce alors, provisoirement, à continuer l'opération et l'on se contente d'inciser un fragment de bosselure pour le diagnostic.

L'examen n'y montre qu'une périnéphrite chronique fibreuse.

On conclut alors à une para et périnéphrite avec néphrite syphilitique. Après quarante nouvelles frictions mercurielles, la tumeur rétrocede et l'albumine disparaît à peu près complètement de l'urine.

OBSERVATION VI.

(HIRSCH.)

Femme de 35 ans qui souffrait depuis un an et demi de douleurs dans la région rénale droite, avec œdème des pieds, avec envies

fréquentes d'uriner, oligurie et albuminurie, amaigrissement. Tous ces troubles s'accroissent au cours d'une grossesse qui se complique d'hydramnios. L'enfant vient au monde mort avec hydrocéphalie et ascite, grosse rate et gros foie. La mère elle-même a sur les lèvres des cicatrices radiées et une exostose du tibia.

Après l'accouchement, il persiste un peu d'œdème malléolaire, l'urine peu abondante contient d'une façon persistante trois à quatre grammes d'albumine par litre et de grands amas d'épithélium rénal à noyau vésiculeux. Le rein droit se montre augmenté de volume; sa surface est un peu inégale; il est très douloureux au palper. On songe à une affection néoplasique ou tuberculeuse. Cependant, on essaie de l'iodure à la dose de 1 gr. 50. Bientôt, la malade retrouve le sommeil et l'appétit; l'urine monte à 1.300 centicubes, puis 2 litres. La douleur rénale, l'œdème, l'albuminurie, le sédiment urinaire, diminuent parallèlement: le poids augmente, vingt-cinq jours après le début du traitement, l'albuminurie a disparu; un mois plus tard, il n'y a plus ni douleur ni tumeur, la malade a pris en tout 48 grammes d'iodure en un mois et demi. Les mois suivants, la guérison se maintient parfaitement.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une variété rare de périnéphrite causée uniquement par la syphilis.

II. — Ces périnéphrites sont unilatérales.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, elles sont caractérisées par la dégénérescence scléro-lipomateuse de la capsule cellulo-graisseuse du rein.

IV. — Elles sont caractérisées cliniquement par une tuméfaction dans la région lombaire, s'accompagnant de douleur de caractères et d'intensité variables, avec absence de signes urinaires.

V. — La périnéphrite syphilitique est une manifestation de la période tertiaire de la maladie.

VI. — En raison des caractères variables de ses symptômes, elle est d'un diagnostic extrêmement difficile, souvent même impossible.

VII. — Le traitement médical par l'iodure et le mercure suffit à faire fondre la tumeur et à supprimer la douleur. Le traitement chirurgical est à rejeter.

VIII. — Dans tous les cas de tumeur périnéphrétique de cause indéterminée, le traitement d'épreuve devra être institué si l'on soupçonne la syphilis.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 11 décembre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Pathogénie des périnéphrites. Soc. biol. 22 juin 1889.
— Lésions de néphrite dans les reins cancéreux. Assoc. franç. d'urol., Paris, 1889.
- DUVERGEY. — Sur un cas de périnéphrite syphilitique. XXVIII^e Congrès français d'urologie.
- ERTZBISCHOFF. — Thèse de Paris, 1906.
- GOUGET. — Syphilis rénale. *Gazette des hôpitaux*, 1909, p. 1637.
- ISRAEL. — Chirurgie du rein et de l'urètre, 1900.
- MAROGNA. — Perinefrite cronica sclerosa sifilitica a fenomenologia calcolosa. *Gazz. d. osp., Milano*, 1914, XXXV.
- MARSAN. — Les néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses. Thèse de Paris, 1910.
- NICOLICH. — Sur deux cas de périnéphrite scléro-adipeuse très douloureuse. *Journ. urol. méd. et chir.*, Paris, 1913, IV.
- ROVSING. — Néphrites chroniques in Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, janvier 1902.
- RAYER. — Maladies du rein, t. II, Paris, 1841.

